

하구의료보험의 현황과 필요성

채 규 철

(靑十字 · 한국의료협동조합 전무)

- I. 문제의 제기
- II. 의료보험의 필요성
- III. 우리나라의 현황
- VI. 결 론

I. 문제의 제기

인간이 삶을 영위하는데 필요한 필수적인 三大要素를 衣, 食, 住라고 한다. 여기에 第四의 필수적 요소로서 우리는 의료를 빼어 놓을 수가 없다.

故 케네디 대통령은 그의 첫 취임연설에 「인류의 최대의 적은 공산주의가 아니고 질병과 가난」이라고 했다.

인간들은 이와같은 질병을 피치하기 위하여 수세기동안 애써 노력하고 연구한 결과 오늘날은 눈부신 의학의 발달을 가져왔으나 의학이 발달하면 질병은 자연히 없어질 것이라는 생각과

는 전혀 달리 그만큼 새로운 난치병들이 더 많이 생겨나는 아이러니한 현상이 일어나고 있다는 것은 마치 회람 신화인 “판도라”의 박스를 실증 해주거나 하는듯한 인상마저 준다.

우리나라 의료의 문제점을 몇가지 지적해 본다. (저제드 Dr. Sibley의 논문),

- ① 의료의 특권화 혹은 귀족화
- ② 지역사회 문제의 의면
- ③ 환자중심 아닌 의사중심제도
- ④ 질병악화후의 치료증이 있다.

이와같은 문제들을 해결하기 위하여 공중보건 사업에 많은 투자를 하여야 하고 국민을 대상으로 하는 보건교육강화 그리고 환자의 사후관리를 철저히 해주어야 하고 질병 발생으로 발생하는 경제적인 손실을 보충하여 주기 위하여 의료보험 조합을 권장하여야 한다.

이외에도 의료비의 급격한 상승이나 의료시설 및 의사 간호원의 지역적 불균형 또는 의료제도의 근본적인 개혁등이 없이는 안되리라 생각된다. 맹목적으로 외국의 제도를 모방하던 시대를

탈피하여 우리의 사회와 문화에 알맞은 우리의 제도를 창안하지 않으면 안될 때가 온 것이다.

II. 의료보험의 필요성

미국의 보건행정학 교수인 존·헨튼은 질병으로 발생하는 악순환을 「7-D 증상」이라고 했다. 즉 질병(Disease)은 결핍(Deficiency)을 낳고 결핍은 가난(Destitution)을 낳고 가난은 의존(Dependency)을 낳고 의존은 실망(Despondency)을 낳고 실망은 범죄(Delinquency)를 낳고 범죄는 타락(Degeneration)을 낳는다.

이러한 악순환의 원인은 바로 질병이기 때문에 이 질병을 해결해 주는 것은 곧 우리사회의 발전과 개발에 가장 큰 장애요소를 제거하는 중요한 작업이 된다는 사실을 보건사업에 종사하는 사람이나 정치, 경제, 교육 및 종교에 종사하는 사람이나 누구나가 명심하지 않으면 안되는 일이라 생각한다.

이와같은 질병이 갖는 특성을 보건 경제학적 측면에서 본다면,

① 질병은 예측불가능한 사건이라는 것이다.

사전에 수립된 계획에 의하여 실시되는 정기 신체검사나 면역접종등을 제외하고는 보건의료봉사의 요구는 흔히 질병이나 기타 손상이 실제로 발생하므로 나타나는 수가 많다. 과거의 실적을 기초로하여 해당 인구 전체의 질병발생을 예측할 수는 있다. 그러나 개인적으로 볼때 질병은 예견할 수 없는 경우가 많다. 발생가능한 질병의 비용을 지불하기 위하여 현금을 저축할 수는 있으나 충분한 금액을 확실하게 축적시켜 둔다는 것은 모든 사람에게 용이한 것은 아니다. 더우기 질병은 가득능력을 감소시키거나 상실하게 할 위험을 수반하기 쉽다. 개인에게 있어서는 질병발생이 예측하기 힘들지만 집단적으로는

경험에 입각하여 예측 가능하므로 집단에 있어서 질병이란 사고에 대비하여 일정한 금액을 축적하여 두려는 생각이 들게 되었다. 이것이 곧 선불형식에 입각한 의료보험의 원리이다. 보건 의료봉사는 자동차나 기타 내구적 재화와 달라서 시기를 놓치면 동일한 봉사를 받더라도 동일한 효력을 발생하기 불가능하다. 또한 보건의료봉사를 받은 수혜자는 먼 과거에 받은 봉사비용의 지출에 대해서는 소극적인 태도를 취하기 쉬우며 그 가치를 충분히 인정하지 않는 경우가 있다. 의사나 병원으로부터 받은 진료비청구는 고통 및 불유쾌와 서로 관계를 갖는 경우가 많으며 반드시 행복하고 만족스러운 감정을 수반하는 것은 아니다. 질병에 이환된 경우에 진료를 받지 않는다면 더 심한 결과를 초래할 수 있다는 상처 때문에 의료를 요구하는 경우가 많다. 또 하나의 특성으로는 일부의 의료봉사는 규칙적으로 발생하지만 다른 봉사들은 예측할 수 없는 질병과 관련하여 요청된다는 점이다.

규칙적으로 발생하며 예상할 수 있는 봉사에 대한 내용에는 구태여 선불방식에 의한 의료보험을 채택할 필요가 없을 것이다. 예측 불가능한 의료봉사에는 의료보험의 적용이 요구된다. 따라서 흔히 위중한 질병의 위험으로부터 가정경제의 파탄을 예방하기 위해 의료보험실시가 주장되어 왔다.

② 의료의 외부효과

전염성질환의 경우에 개인에 대한 예방과 치료를 위한 의료봉사는 그것을 받은 개인의 예방 및 치료이상의 효과를 가져온다. 질병감염의 경로가 차단되면 단지 이러한 치료봉사를 받은 사람에게 그 효과가 극한될 뿐만 아니라 전파경로가 차단되므로 많은 다른사람에게 효과를 준다. 총인구 중 상당한 비율의 사람들이 특정질환의 면역력을 획득하게 되면 다른 사람들도 감염을

받을 우려가 감소된다.

③ 필수적 요구로서의 의료봉사

개인의 의료봉사에 대한 요구를 그 자신의 지불능력과 관계없이 일종의 개인적 권리로 받아들이는 경향이 있다. 종래 의료업자는 이러한 필수적 요구의 필요불가결한 부분을 충족시켜 줄 의무가 있다고 인정하여 왔다. 그 결과 빈곤한 의료요구자에게는 무료로 진료하고 의료비 지불 능력에 따라 상이한 의료보수를 받는 체제(Sliding Scale)가 정통적으로 적용되어 왔다. 단지 의료비 지불능력이 없다는 이유로 적절한 최저한의 의료봉사를 받지 못하는 경우가 생겨나서는 안된다는 것이 일반적 의견의 주류를 형성하고 따라서 보건의료 봉사의 수혜문제가 정치적 과제로 등장하는 경우가 많다.

④ 의료소비자의 무식

보건의료봉사의 또 하나의 특성은 소비자측이 그 가치를 평가할 수 있는 능력을 갖지 못한다는 점이다.

그는 봉사를 받고난 후에도 봉사의 질을 판단하지 못한다. 환자가 자신이 받은 진료가 저질의 것이라고 불평하는 경우에 이러한 불평은 흔히 옳은 것일 수 있으나 환자가 훌륭한 의료봉사를 받았다고 인정하는 경우에 이러한 평가가 그릇된 경우인 수가 많다. 사람들은 흔히 자신의 의사나 의료기관을 선택하지만 그 의사가 병원이 제공하는 의료봉사를 자신이 선별 결정하지는 못한다. 환자가 의사에게 도움을 요청한 이후에 어떠한 그리고 어느정도의 봉사를 어떻게 받느냐 하는 결정은 의료업자의 의무이며 의료기관의 기능에 속한다. 따라서 의사와 의료기관은 국가나 지역사회로부터 면허나 허가에 의하여 특점적인 특권을 행사하게 되며 의료업자 상호간에 완전한 경쟁은 존재하지 못한다. 따라서 소비자의 적절한 보호를 위하여 국가나 사회가

의료봉사제도에 개입할 수 있는 이론적 근거를 갖는다.

⑤ 노동집약적인 산업으로서의 의료봉사

대부분의 의료봉사는 대인봉사로써 개인봉사가 지배적인 구성요소를 점유한다. 이러한 사실은 경제적으로 중요한 의의를 갖는다. 흔히 일반경제가 노동력의 확보보다는 오히려 생산성의 향상을 통하여 성장을 시도하지만 의료산업은 다른 산업에 비하여 노동집약적이며 인건비의 상승에 따라 의료봉사의 비용과 가격은 기타 재화의 봉사에 비하여 훨씬 높은 상승율을 나타낸다.

또한 과학기술의 진보와 보건의료관계학문의 발전에 따라 1인당 의료봉사의 수요가 계속 증가하여 결국 의료비 지불문제가 중요한 과제로 등장하고 있다.

⑥ 의료의 비영리적 동기

대부분의 보건의료산업은 영리적 동기를 갖지 아니한다.

우리나라의 의료법을 보면 의료업자에 영업세가 면제되도록 규정되어 있으며 비영리 의료기관이나 민간 및 종교관계 의료기관에 역시 면세토록 되어 있다. 전통적으로 의료업자나 의료기관은 이익을 추구하는데 적당한 것이 아니라는 사고 방식이 지속되어 왔다.

표. 우리나라의 현황

현재 우리나라에는 세가지 형태의 조합이 존재한다. 첫째는 피용자조합, 둘째는 자영자조합, 셋째는 대학생조합인데 피용자조합에는 6개의 조합으로 가입세대가 8,864명이요 총 조합원수는 49,721명이며 자영자조합은 12,372세대에 60,406명이 가입되어 있으며 대학생 조합에는

총 49,978명으로 나타나 현재 한국에서 의료보험의 혜택을 받고 있는 인구는 160,105명 정도 밖에는 안된다. (표 1)

〈표 1〉 조합 가입자 현황

항 목	조합구분			
	자영자	피용자	대학생	계
조 합 수	11	6	7	24
가 입 세 대	12,372	8,864		21,236
총 가 입 자 수	60,406	49,721	49,978	160,105
세 대 평 균 월 수	4.55	5.6		5.0
조합당평균조합원수	5,491	8,287	7,140	6,671

이와같은 관점에서 볼때 우리나라의 의료보험사업은 아직도 영유아기를 벗어나지 못하고 있는 형편이나 제 4차 5개년 경제개발계획이 실시되는 1977년에는 근로자와 자영자를 합쳐서 90만명의 의료보험 수혜인구를 확장할 예정이라하니 기대할만하다고 볼 수 있겠다. 그리고 현재 실시하고 있는 의료보험조합의 예를 들어보면 자영자 조합중에서 정부로부터 인가된 조합이 부산 청십자를 비롯하여 7개, 비인가된 조합이 서울 청십자를 비롯하여 역시 7개이고, 피용자 조합은 한국종합화학, 봉명광업, 석유공사, 협성재단등 4개이며 피용자 조합중에도 비인가된 조합이 연세의료보험과 서울대 의료조합등 두개

가 있다(표 2). 다음으로 의료보험사업을 하는데 가장 중요한 평균의료비를 살펴보면 지방과 도시, 지역병원의 유무, 또는 환률제나 서비스제나에 따라서 극심한 수가의 격차를 나타내고 있음을 <표 3>에서 볼수 있다. 외래치료비의 경우 의원을 중심으로 한 농촌지역조합이 건당 평균 치료비가 742원인 반면에 대도시에서 종합병원을 지정하고 치료할 경우에는 평균 치료비가 3,675원 정도이고 입원 수술을 할 경우에 농촌에서 지역진료소를 운영하여 치료를 할 경우에는 건당 평균 치료비가 60,797원인 반면에 대도시 종합병원에서 치료를 할 경우에는 109,434원 정도의 엄청난 차이를 보이고 있다. 그러나 농촌일 경우 평균 재원기간이 9.6일인 반면에 대도시의 경우에는 5.6일로서 거의 배가 되는 차이를 보여줌으로서 도시의 경우에는 치료비는 높지만 치료기간이 짧은 것으로 해서 어느 정도 수가 평균화 될 수 있다고도 볼 수 있겠다. 그러나 가장 적은 비용으로 가장 효과적인 양질의 치료를 받을 수 있는 제도는 조합자체에서 지역 크리닉을 운영하는 부산 청십자 의료보험 조합같은 것이 아닌가 생각한다.

〈표 2〉 의료보험조합 현황

자 영 자 조 합		피 용 자 조 합		대 학 조 합
인 가 조 합	비 인 가 조 합	인 가 조 합	비 인 가 조 합	비 인 가 조 합
부 산 청 십 자 의 료 보 험 조 합	서 울 청 십 자 의 료 보 험 조 합 전 주 대 한 의 료 협 동 조합	한 국 중 합 화 학 봉 명 광 업	연 세 의 료 조 합 시 울 대 의 보 조 합	서 울 대 학 서 강 대 학
훈 성 보 험 조 합	인 천 의 료 협 동 조합	석 유 공 사		동 국 대 학
유 구 보 험 조 합	수 원 "	협 성 재 단		숙 명 여 대
영 동 보 험 조 합	진 주 "			이 화 여 대
택 평 도 보 험 조 합	강 화 "			전 남 대 학
증 평 보 험 조 합	의정부 "			연 세 대 학
계 7	7	4	2	7

〈표 3〉 조합별 평균 의료비

구분 조합	회		원			
	건 수	전당평균 치료비	건 수	평균재 원기간	전당평균 치료비	1일평균 치료비
1	6,455	742	33	9.6	16,055	1,673
2	2,487	681	64	6.9	60,797	8,811
3	14,731	1,064	269	6.7	27,617	4,121
4	6,931	1,403	80	7.7	78,625	10,211
5	1,630	3,175	43	5.6	109,434	19,543
6	13,594	2,399	125	10.1	91,304	9,040

1: 농촌지역(외원) 2: 농촌지역(직영 진료소 운영)
 3: 도시지역(직영진료소) 4: 농촌지역(지정의료기관중합병원)
 5: 미도시(중합병원 지역)

IV. 결 론

산업이 부흥하여 경제적 기반이 다져지면 국가경제가 부유해짐은 물론 국민소득도 높아질 것은 필연의 사실이다. 이러한 현실 때문에 모든 국가에서는 경제건설에 총력을 기울이고 있으며, 이것이 어느 단계에 이르면 국가복지 향상을 위하여 사회보장 제도를 추진하는 것이 일반 상식화 되었다. 우리나라에서도 제 4차 경제개발 계획 사업이 종결되는 1981년도에 1인당 국민소득이 1천달러를 돌파하여 국제순위에 있어서 상위권에 속할 것으로 전망되고 있으며 이때를 대비해서 정부당국은 60년대 초기부터 사

회보장 제도의 일환으로 현재 시범사업 단계에 있는 의료보험을 대폭 확대할 계획이다. 이는 비단 국민의료 균점을 위해서도 필요하겠지만 산업의 확대 재생산을 위해서 노동인력을 보전한다는 견지에서도 반드시 추진되어야 할 중요시책이 아닐 수 없다. 그러나 의욕적인 지역사회 실업인, 의료인 그리고 종교인들의 자조, 자발적인 참여에 의한 민간의료보험 운동은 정부의 행정적 재정적 지원이 부족하고 종합적 보건정책 부재로 인하여 많은 난관을 겪고 있는 실정이다. 진정한 의미에서 국가사회의 발전에 이바지 하는 것은 빈틈없는 정부의 경제사회 개발뿐만 아니라 창의적인 자발적인 대중들의 참여와 협조가 있어야 한다는 것이 과언이 아니다.

청십자 운동같은 민간 의료보험 운동은 조직, 운영, 교육면에서 많은 문제점을 가지고 있으나 앞으로 많은 통계 자료의 모집과 운영상의 시행착오를 귀감으로 하여 보다 나은 미래의 모델을 찾기에 태만하지 않는다면 한국에서의 의료보험 운동은 그 전망이 밝은 것으로 고찰된다. 현재 정부에서 목표로 하고 있는 저소득층을 위한 의료보험 뿐만 아니고 70%의 막대한 중산층을 위한 건강 협동조합 운동에 대한 새로운 정책도 수립되어야 하지 않을까 생각하면서 이 글을 종결 한다.

